

入所申込書

特別養護老人ホーム 施設長 殿 令和 年 月 日

以下の通り、施設入所を申し込みます。 ※該当する□にレ印をご記入下さい

入所希望者	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 年	<input type="checkbox"/> 大正 月	<input type="checkbox"/> 昭和 日生 (歳)
	住所	〒 県 電話 ()				
	介護保険 被保険者番号			要介護度	1・2・3・4・5	
	現在の 状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所中 <input type="checkbox"/> その他 () ※病院・施設名 に 年 月より				
	現在までの 主な病気	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他	現在下記の処置を行っていますか <input type="checkbox"/> 経管(鼻腔)栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	右記事項に該 当することが ありますか	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力や暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転や夜間の不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 物を隠したり、置き忘れる <input type="checkbox"/> 外出し一人で戻れなくなる <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 その他 ()				
	身体の 状況	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> その他 () 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> その他 () おむつ等の使用 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 夜間のみ・ <input type="checkbox"/> 常時) <input type="checkbox"/> 無 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走・ <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 日中の大半がベッド上 意思伝達 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない <input type="checkbox"/> 補助具 () を使えば可				
申し込み 状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他施設も申込んでいる <input type="checkbox"/> 今後申込み予定 他に申込んだ施設名 () 申込み予定施設名 ()					
身元引受人	フリガナ		年齢	続柄	職業(勤務先)	
	氏名					
	住所	〒 県 電話 () (携帯・FAX等)				

(施設記入欄) 令和 年 月 日 受付 受付者

家族状況	氏名	年齢	続柄	世帯	仕事の有無	職業
				同・別	<input type="checkbox"/> 有 (フルタイム・パート) <input type="checkbox"/> 無	
				同・別	<input type="checkbox"/> 有 (フルタイム・パート) <input type="checkbox"/> 無	
				同・別	<input type="checkbox"/> 有 (フルタイム・パート) <input type="checkbox"/> 無	
主介護者の状況	フリガナ		年齢	続柄	職業(勤務先)	入所希望者と
	氏名					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	※別居の方は住所等の連絡先と、介護する上での困り事がありましたらお書き下さい					
	住所	〒 県 () (携帯・FAX等)				
	介護するうえで困りの事がありましたらお書き下さい。					
	主介護者の方は、障害やご病気をお持ちですか。病名等をお書き下さい。(要支援・要介護度があればそれもお書き下さい。)			障害・病気が	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護度 1・2・3・4・5
	身障手帳をお持ちですか。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	級 障害名：			
療育手帳をお持ちですか。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度				
入所希望者以外の介護・育児をして <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		どなたを介護 していますか				
経済状況	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯である(世帯の方に住民税が課税されている方がいる) <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯である(世帯全員が非課税) <input type="checkbox"/> 生活保護を受給している					
※その他申し込みに際し、特に知らせておきたい事項などがありましたらお書き下さい。 (家族・介護状況、住宅状況、経済状況、問題行動等)						

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定調査票等の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。

施設入所希望者を詳しく把握するために、市町村が必要な場合は、施設から入所申込の希望があった旨の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。

両方ともよろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

(了承頂ける場合はにレ印をつけて下さい。)

氏名 (入所希望者) _____ 印

代筆者 _____ 印 続柄 ()